

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

941

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Alexandre Pierre A S L A N I A N

né le 3 juin 1920 à SMYRNE (Asie Mineure)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE DEUX COMPLICATIONS MAJEURES
DE DIVERTICULITE SIGMOIDIENNE

Président : Monsieur le Professeur Marcel ROUX

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Alexandre Pierre A S L A N I A N

né le 3 juin 1920 à SMYRNE (Asie Mineure)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE DEUX COMPLICATIONS MAJEURES
DE DIVERTICULITE SIGMOIDIENNE

Président : Monsieur le Professeur Marcel ROUX

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

RECHTSGESCHIEDENISSE

THESE

DOCTORAT EN RECHT

IN RECHT

DE

RECHTSGESCHIEDENISSE

DE RECHTSGESCHIEDENISSE



THESE

RECHTSGESCHIEDENISSE

DE RECHTSGESCHIEDENISSE

RECHTSGESCHIEDENISSE

RECHTSGESCHIEDENISSE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Foch (Suresnes)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	VARANGOT (J.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	LELONG (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MARIE (J.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Pitié)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique	LEMAIRE (A.)
Sémiologie médicale	GAULTIER (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	PADOVANI (P.)
Clinique urologique (Necker)	DOMART (A.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) GERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARFAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Biochimie médicale	{ BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie chirurgicale	{ GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)		
Carcinologie	{ BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.,	Pathologie exotique	{ SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	{ CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		{ BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)	Pathologie expérimentale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		{ JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) NOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Histologie	{ COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	Pathologie médicale	
Hydrologie	{ BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
	{ BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Maladies infectieuses	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.)		
Médecine du travail	PERTUISET (B.)		
Neuro-chirurgie	{ GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	{ BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture	
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMÉLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Memoria di Francesco Maria de' Medici

Memoria di Francesco de' Medici

Memoria di Francesco de' Medici

Memoria di Francesco de' Medici

Memoria di Francesco de' Medici

A MA MERE

Non ho mai visto un padre
che non sia un reo
che non sia un reo

Non ho mai visto un padre
che non sia un reo
che non sia un reo



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550215_0058

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Marcel ROUX

Membre de l'Académie de Chirurgie

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de cette
thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre sincère
gratitude.

A notre Maître,

Monsieur le Docteur Théophile GIBERT
Chef du service de Chirurgie de
l'Hôpital Léopold Bellan

Qui nous a inspiré ce travail et
soutenu de ses conseils dans
sa rédaction,

Qu'il soit assuré ici de la sincérité
de notre reconnaissance et de notre
profond respect.

A Monsieur le Docteur Paul FOURN

Chirurgien assistant de l'Hôpital

Léopold Belian

En respectueux témoignage
pour sa bienveillante amitié.

A Monsieur le Docteur Jean MERZEAU

Médecin Assistant réanimateur
de l'Hôpital Léopold Bellan

En sincère amitié.

INTRODUCTION

Au cours de nos études, et de l'année que nous venons de passer à l'hôpital Léopold BELLAN dans le service du Docteur Théophile GIBERT, nous avons vu comme tout le monde, de nombreux clichés montrant des diverticules sigmoïdiens et des pièces de colectomies pour cancer portant accessoirement cette malformation.

C'est donc ainsi, le plus souvent, que se manifeste la diverticulose sigmoïdienne.

Mais le Docteur Th. GIBERT nous a fait connaître deux de ses observations inédites, où éclate toute la gravité de l'affection, quand elle se complique.

Ces deux observations, vécues sur un rythme différent, concrétisent : la première : la grande complication brutale et violente, la deuxième : la complication progressive et sournoise, mais non moins dramatique.

Toutes deux réalisent, dans leur type, le déchaînement majeur de l'évolution pathologique de ces diverticulites sigmoïdiennes, quand les diverticules sortent de leur torpeur.

Intéressé par leur histoire, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de les exposer dans notre thèse :

OBSERVATION N° 1

Cette observation relate l'histoire du malade porteur de diverticules méconnus qui se manifestent brusquement dans un tableau de grande urgence abdominale,

Monsieur P... François, âgé de 44 ans, préposé aux P.T.T., est adressé d'urgence à l'hôpital Léopold BELLAN le 15 septembre 1951 par son médecin traitant pour "occlusion intestinale avec météorisme abdominal et contracture de la paroi".

Monsieur P... a ressenti le 13 septembre vers 1 heure du matin, des douleurs abdominales attribuées à l'ingestion de lait froid la veille vers 20 heures. Ces douleurs sont calmées au matin, le travail est possible dans la journée du 14 septembre.

Le 15 septembre, on note une reprise douloureuse très violente à 5 h, du matin, en crises violentes se succédant toutes les heures.

A l'interrogatoire, pas de selles, ni de gaz, mais il y a deux ans, le malade aurait eu des rectorragies importantes, répétées pendant quinze jours.

A l'examen, le ventre est légèrement météorisé; il est tympanique à la percussion, la matité hépatique est conservée. A la palpation, on perçoit

une contracture généralisée (véritable ventre de bois) invincible à plusieurs examens doux. Le toucher rectal est négatif. La température rectale est de 38°, le pouls est de 124/mn.

..... Le temps de faire des clichés de l'abdomen sans préparation qui ne montrent rien, et de préparer rapidement le malade : aspiration duodénale, glace, perfusion de sérum physiologique, antibiothérapie, sédatifs (surtout gardénal), antispasmodiques, et l'on intervient sous anesthésie générale :

- LAPAROTOMIE EXPLORATRICE -

..... "Laparotomie sus et sous ombilicale, agrandie à la demande. Issue de gaz en petite quantité. L'exploration de l'étage sus-mésocolique ne montre rien de gastrique, d'hépatique, ou de vésiculaire. Le pancréas est normal. L'étage sous-mésocolique montre une dilatation régulière de tout le grêle et un épanchement hématique, ou plutôt rouge brique. Il existe un foyer de fausses membranes vers la partie basse du mésentère, couvrant le grêle. Le cadre colique est normal.

On découvre une boursouflure molle à la jonction recto sigmoïdienne : à ce niveau la paroi est flétrie, sphacelée, et des matières fécales sortent par des micro-orifices de perforation.

On enfouit la région sphacelée au lin fin, en tissus très friables. Une lame de caoutchouc ondulée est placée en position latéro-rectale droite. La paroi est refermée en un plan de nylon 3.

L'on pratique la réanimation post-opératoire classique, et les suites

opératoires sont simples au début. Ablation de la lame ondulée le 24, au 9ème jour.

Le 25 septembre, le malade reste subfébrile, le trajet de la lame fait place à un trajet fistuleux d'où s'écoule un liquide sanieux et fécaloïde. De toute évidence, l'enfouissement a lâché, comme on pouvait s'y attendre chez un malade non préparé du point de vue intestinal, avec des conditions locales désastreuses.

Le 16 octobre, une radiographie pulmonaire révèle une image thoracique normale et un examen hématologique a pour résultat :

G R :	4.300.000
G B :	7.400
Polyneutro :	65
Eosino :	1
Baso :	2
Lympho :	30
Mono :	2

La température va s'amendant et la fistule semble vouloir tarir, lorsque le 4 novembre un tableau d'occlusion intestinale s'installe rapidement : vomissements, météorisme abdominal, niveaux liquides sur un cliché de l'abdomen sans préparation.

Une seconde laparotomie est pratiquée ce même jour 4 novembre d'urgence, à 18 heures, pour occlusion aiguë du grêle.

..... "Laparotomie sus et paraombilicale gauche. Libération des anses occluses par torsion autour de brides de fibrine en voie d'organisation, libération d'autres brides anodines - paroi au nylon".

Suites opératoires normales et réanimation nouvelle avec reprise de l'antibiothérapie. La température se tient à 37°, la fistule semble tarie et l'on espère pouvoir préparer correctement le malade en vue du deuxième "vrai" temps opératoire : l'oblitération de la perforation rectale.

L'on commence cette préparation le 15 novembre 1951.

Le 23 novembre, l'on intervient pour fermer la brèche rectale et tarir la fistule.

..... "Longue incision latérale gauche, depuis le pubis jusqu'au rebord costal. Toutes les anses iléales et le colon gauche sont agglutinés. Libération des uns et de l'autre. Puis on procède à la libération du trajet fistuleux : au cours de la libération de ce trajet, qui paraît oblitéré, une brèche est créée dans une anse grêle, brèche transversale suturée dans le même sens (plan total au nylon en points séparés et plan séro-musculaire à l'aiguille sertie)".

L'on arrive sur un abcès situé autour de l'orifice recto-sigmoïdien : l'abcès est évacué, et l'orifice apparaît très net : du diamètre d'une pièce de un franc, avec muqueuse éversée et adhérente. Après avivement, cet orifice est fermé en trois plans (nylons séparés et surjet de lin).

On libère alors la cavité pelvienne : le rectum ne présente rien d'anormal à la palpation, toute l'infiltration, particulièrement dure, est périphérique et touche la face postérieure de la vessie, la paroi pelvienne à droite, l'aileron rectal à droite.

On prélève un fragment recto-vésical et un fragment latéral pour examens histologiques.

L'appendice est libéré du magma pelvien droit avec les anses grêles, puis enlevé (nylon sans enfouissement). On finit de libérer des adhérences iléales, puis toutes les anses sont saupoudrées avec dix grammes de septonix. On place une lame ondulée de caoutchouc, prérectale, allant jusqu'au Douglas.

La paroi est refaite en deux plans, au nylon, et capitonnage au nylon. Agrafes sur la peau".

En résumé,

- Destruction de nombreuses agglutinations du grêle.
- Cure de la fistule (dont la partie profonde était encore active et siège d'un abcès).
- Cure de l'orifice colo-rectal.
- Constatation qu'il n'y a rien à enlever sur le rectum - pas de cancer.

A noter que l'exploration endoscopique s'est révélée impossible au Docteur ARNOUS, le tube ne pouvant franchir la zone sous-jacente à la perforation,

- Pas de résection comme on le redoutait : l'infiltration périphérique est certainement inflammatoire et scléreuse. Si elle était néoplasique, les moyens chirurgicaux seraient inopérants.

- A noter une excellente préparation colique : pas une trace de matières n'a été relevée.

- On pratique en fin d'intervention une dilatation anale.

Examen histologique du Professeur DUPERRAT N° 29.940 du 29 novembre 1951.

- "L'examen histologique ne montre aucune tumeur. Il existe un tissu inflammatoire avec résorption sanguine et cellules géantes à corps étrangers. Dans les cellules se trouvent des petits cristaux (sulfamide ?)

Par ailleurs on note des coulées inflammatoires intersticielles.

Deux hypothèses sont à envisager :

- 1 - Une diverticulose.
- 2 - Un "Nicolas Favre"?

Les suites opératoires sont normales. Le drain est retiré au huitième jour.

Le poids du malade est alors de 40 kgs.

Monsieur P... quitte l'hôpital le 7 décembre 1951, après y être entré le 15 septembre 1951.

Il consulte le 11 décembre 1951 : bon état, toucher rectal négatif; et le 8 janvier 1952, très bien remis il a repris du poids et va normalement à la selle.

Le 29 janvier 1952, le malade a repris 5 kgs.

Le 30 avril 1952, il va très bien, a bon appétit et de bonnes digestions. Les selles sont parfaites. Le "malade" peut faire 100 kms à bicyclette sans aucune gêne, et a repris encore du poids.

Le 11 juin 1953, Monsieur P... se présente avec un bon état général et a repris depuis sa sortie de l'hôpital près de 10 kgs.

Le 7 janvier 1956, il nous donne d'excellentes nouvelles de sa santé par écrit, mais,

le 2 novembre 1959, Monsieur P... est revu d'urgence dans le service: il se plaint de manifestations douloureuses depuis trois semaines avec difficultés du transit, petites selles, pas de rétention des gaz, pas de vomissements.

A l'examen, on découvre un abdomen ballonné, et la palpation révèle la douleur dans la fosse iliaque gauche. Il est hospitalisé. La subocclusion est jugulée en une dizaine de jours par le traitement médical, et le 10 novembre 1959, un lavement baryté met en valeur la zone diverticulaire.

Le malade sort le 17 novembre.

Il lui a été prescrit de l'huile de paraffine au cours des repas, belladéal à raison de deux fois un demi comprimé par 24 heures, bismuth et mucilage.

OBSERVATION N° 2

A l'opposé de l'observation n° 1, c'est ici l'histoire du malade qui a préparé, sans doute durant des années, lentement, et insidieusement, son "faux cancer".

Monsieur L... Emile, âgé de 59 ans, après avoir vu un chirurgien qui l'a jugé inopérable, demande conseil au Professeur TURPIN, et au Docteur Jean ARNOUS. Il a été vu pour la première fois par notre maître le Docteur Th. GIBERT, le 3 décembre 1953.

Il s'agit apparemment d'un épithélioma recto sigmoïdien très évolué, avec fistule colo-vésicale (pneumaturie).

L'apparition des gaz par l'urèthre date du mois d'août, au cours des vacances. Elle a été précédée d'une épisode fébrile ayant fait évoquer la typhoïde. Cette pseudo-typhoïde traitée par la tifomycine n'a cependant pas fait sa preuve bactériologique : l'hémoculture n'a pas été faite, et par la suite un séro-diagnostic se serait montré fort douteux.

Le toucher rectal ne permet pas de préciser la lésion : seul le bloc prédominant à gauche s'impose à l'attention.

Au cours de l'examen endoscopique le Docteur ARNOUS a buté à 10 - 12 cms sur l'obstacle sans rien voir de précis, si ce n'est un peu de sang et un bourrelet muqueux.

Le lavement baryté n'a jamais pu évoluer au-delà de cet obstacle infranchissable, l'image d'arrêt ne présentant rien de significatif.

La pneumaturie est interrompue depuis une huitaine de jours : on demande une cystoscopie. Celle-ci est pratiquée par le Docteur Henri MARION: la vessie est de bonne capacité, le trigone est indemne, le bourgeon fistuleux se trouve sur la partie latérale gauche de la vessie.

L'absence de signes évolutifs permet d'envisager l'intervention. On fera, si l'on peut, une résection recto sigmoïdienne, peut être une résection vésicale partielle.

- INTERVENTION le 9 décembre 1953 -

Aide : Docteur Paul FOURN

Réanimateur : Docteur Pierre-François PETIT

..... " Longue laparotomie latérale gauche, du pubis au rebord costal.

L'exploration ne montre pas de lésion du foie. Il n'existe pas d'essaimage péritonéal.

La tumeur est bloquée dans le petit bassin; elle est du volume d'une grosse orange, et l'infiltration est sur le colon gauche, qu'il est difficile de distinguer de la masse pelvienne, à partir du point où il l'aborde.

La fusion péritonéale est complète partout; la vessie est infiltrée, mais c'est à ce niveau que le clivage paraît devoir s'amorcer le mieux.

Cependant, le "point d'attaque" est reporté plus haut, au niveau du pédicule hémorroïdal supérieur : ce pédicule est très épaissi, et si l'on n'arrive pas à le dissocier, on parvient à séparer son énorme corde des gros vaisseaux postérieurs. - ligature au nylon 3, appuyée, et section.

A partir de cet instant, on réussit à amorcer le décollement présacré, sans pouvoir le continuer, puis à progresser à droite, d'arrière en avant, en longeant la face convexe, saillante, bien individualisée, du bloc pelvien pseudo tumoral.

Arrivée au terme antérieur de son effet, la manoeuvre s'infléchit naturellement, transversalement, de droite à gauche, et sépare peu à peu la vessie de la masse adhérente.

A la partie gauche du dôme vésical, il existe une ulcération cupuliforme, mais la communication a disparu.

Reste la libération de la face gauche de la tumeur : c'est de beaucoup le temps le plus difficile, où l'on prend le plus de risques, car tout est fusionné. On se heurte à un bloc résistant où les pinces ne mordent pas; cette coulée pseudo cartilagineuse, dense, épaisse, descend dans la cavité pelvienne, masque l'uretère et les vaisseaux.

L'on arrive cependant, avec beaucoup de patience, à pratiquer la section progressive, en évitant les désastres vasculaires et urétéraux.

La tumeur est finalement dégagée, et la résection recto-colique peut avoir lieu largement, en tissus sains et souples, en haut et en bas.

Avant d'exécuter la suture colo-rectale, on fait une résection cunéiforme de la vessie (malgré la fermeture de la fistule colo-vésicale spontanée).

- Suture en deux plans, catgut O et nylon I à points séparés.

L'anastomose colo-rectale sur drain n° 60 rétablit la continuité; elle est réalisée assez bas, dans la concavité sacrée (technique habituelle de d'ALLAINES, LE ROY, PONTEAU).

- Drainage par lame de caoutchouc au contact entre vessie et colon;
- péritonisation par points séparés au nylon;
- paroi : nylon points séparés,
- durée quatre heures.

Le malade n'a presque pas perdu de sang. Un flacon de 400 cc a été jugé suffisant.

L'ouverture de la pièce de bout en bout est déjà très intéressante à l'examen macroscopique : il existe une coudure intestinale à angle aigu, et la lumière est le siège d'innombrables plis en accordéon, qui se tassent au maximum au niveau du coude, et créent, en additionnant plicature du colon et tassement des replis muqueux, un obstacle extrêmement serré.

La muqueuse est souple et saine, bourrée de nombreux diverticules d'où la pression fait sourdre des scybales du volume d'un noyau de cerise.

En un point de la face extérieure du coude existe une cicatrice jaunâtre, très dense, entre deux plis.

La longueur de la pièce est de 25 à 30 cms.

- Discussion suggérée par la pièce :

- Une fistule vésicale néoplasique n'aurait pas guéri spontanément (sur le fragment vésical réséqué, il n'y a plus de perforation, mais simplement ulcération et infiltration.

- L'épisode fébrile du mois d'août devait être une poussée de péricolite à la faveur d'une poussée de diverticulite.

- L'absence d'ulcération de la muqueuse colique n'est pas en faveur d'un cancer. Déjà au cours de la libération gauche de la tumeur, l'on avait eu l'impression qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire.

Examens histologiques N° 45118 et 45119, Professeur DUPERRAT :
"Des coupes ont été faites dans tous les points de la pièce opératoire : on constate une réaction plastique d'une intensité exceptionnelle. Cette réaction plastique se développe autour de nombreux diverticules du colon. Certains diverticules sont exclus, d'autres sont suppurés.

Conclusion : Péricolite fibreuse plastique venant compliquer une diverticulose majeure".

Les suites opératoires ont été simples et apyrétiques. Le malade a reçu 5 millions d'unités de pénicilline et 5 grammes de streptomycine, en cinq jours. Le drain colique est tombé le dixième jour; la sonde vésicale et le drain abdominal ont été enlevés le même jour.

La première selle moulée est apparue le onzième jour.

La sortie a lieu le quatorzième jour.

Après cette sortie le malade a fait un infarctus pulmonaire mineur.

Revu le 21 janvier 1954, le malade est en excellent état, poumon guéri.

Les fonctions intestinale et vésicale sont normales et régulières. Le malade a bon appétit, et a repris du poids.

La rectoscopie faite le 5 janvier 1954 (Docteur ARNOUS) n'avait rien décelé d'anormal.

Nous avons eu de bonnes nouvelles de Monsieur L... dans le courant de 1960.

A l'occasion de ces deux observations, nous avons cherché à nous faire une opinion sur la diverticulose sigmoïdienne en général, et confronté ces deux cas avec la littérature.

Les renseignements issus de la lecture des ouvrages classiques et d'une longue bibliographie, nous ont permis d'identifier leur processus, et de leur assigner une place dans l'histoire de la maladie.

HISTORIQUE

Dans son traité d'anatomie pathologique, CRUVEILHIER parle de la diverticulose :

..... "l'on trouve la raison de cette espèce de prédilection pour le gros intestin dans l'inégalité de résistance de ses parois, les fibres longitudinales étant réunies par trois bandelettes parallèles, d'où il résulte une force de résistance considérable à leur niveau et une faiblesse relative dans les points intermédiaires... ces petites cellules muqueuses que l'on peut comparer, à celles de la vessie, peuvent être irritées par la présence de matières fécales et devenir le siège d'inflammations et de perforations".

Outre-Rhin, la maladie diverticulaire sera baptisée "maladie de GRASER" du nom de celui qui en 1898 fait un rapport sur les tumeurs de la fosse iliaque gauche d'origine diverticulaire.

En France, PATEL rapporte 28 cas de diverticulose du gros intestin en 1911. On note les communications de LARDENCOIS, LECENE en 1922, et de PAUCHET en 1927. En 1938, GOUVERNEUR, SOUPAULT, et LATIFI donnent une place à la diverticulose à côté du cancer, dans l'étiologie des fistules colo-vésicales. MONDOR note dans son "Traité des diagnostics urgents" (1949) : "le diagnostic de perforation, à en croire MAXWELL TELLING, a pu être fait avec précision : un malade est pris de douleurs brusques dans la fosse iliaque gauche, avec température et phénomènes

inflammatoires : MCYNIHAN pense aux diverticules du colon dont l'un, perforé, avait provoqué une péritonite généralisée".

En 1951, P. P. PLAT fait une étude du traitement chirurgical des diverticulites sigmoïdiennes.

ETIOLOGIE

Deux à trois pour cent des sujets sont porteurs de diverticules coliques.

Chez une minorité, la diverticulose deviendra pathologique et se compliquera de façon majeure dans dix pour cent des cas.

Ces diverticules semblent se trouver en proportion sensiblement égale dans les deux sexes (P. P. PRAT).

A noter que la fistulisation dans la vessie, qui intéresse d'ailleurs l'une de nos observations, se rencontre le plus souvent chez l'homme.

La femme est probablement épargnée par l'interposition de l'utérus entre vessie et colon. Soixante dix à quatre vingt cinq pour cent de la totalité des fistules colo-vésicales se rencontrent chez l'homme. La diverticulose semble plus fréquente chez les obèses et dans la race anglo-saxonne.

La notion d'apparition vers la cinquantaine demande à être refondue depuis la radiologie systématique chez tous les colopathiques chroniques. Cet âge semble s'être notablement abaissé.

HISTOLOGIE

Dès la face iléale de la valvule iléo-coecale, l'intestin se différencie pour laisser apparaître les caractères histologiques du colon.

- Au niveau de la muqueuse, on note une mince muscularis à la base, largement infiltrée de tissu lymphoïde et de follicules clos isolés.

L'épithélium de revêtement est identique à celui du grêle, mais les glandes de LIBERKUHN ont pris un accroissement considérable, revêtues pour une part de cellules de PANETH, et noyées en partie dans le tissu formé par l'élargissement et l'abaissement des villosités fondues entre elles.

- Au niveau de la sous-muqueuse, on note les orifices de traversée des vaisseaux et des nerfs.

- Au niveau de la couche musculaire, on distingue deux assises : l'externe réduite, semble-t-il, à deux bandelettes au niveau du colon pelvien : en réalité il s'agit là d'une couche continue, mais d'épaisseur inégale, et seules, les parties renforcées, sont visibles à l'oeil nu; l'interne, circulaire, d'égale épaisseur, continue.

- La séreuse enfin est soulevée par les appendices épiploïques.

- Les artères traversent musculieuse et sous-muqueuse pour se distribuer à la muqueuse.
- Les veines, constituées à l'apex de la muqueuse, reçoivent les veines des follicules clos et des glandes, traversent la sous-muqueuse en formant un plexus et se jettent dans un réseau sous-péritonéal.
- Un réseau lymphatique draine la lymphe vers un réseau sous-péritonéal.
- Les nerfs forment deux plexus munis de ganglions : le plexus d'Auerbach, entre les deux couches de la tunique musculaire, le plexus de Meissner, qui occupe la sous-muqueuse, innervant l'épithélium, les glandes, et des éléments de la muscularis.

Quant aux diverticules sains, on leur trouve :
une muqueuse sensiblement conservée, mais avec atrophie des glandes de LIBERKUHN et augmentation des espaces interglandulaires. (BENSAUDE),
une sous-muqueuse amincie,
une muscularis mucosae indemne, réduite à quelques fibres, ou même absente.

P A T H O G E N I E

Elle a été longtemps discutée : des deux hypothèses les plus vraisemblables, diverticule de traction, ou diverticule de pulsion, cette dernière est actuellement retenue.

Si CRUVEILHIER incriminait la faiblesse de la paroi, de cette couche externe de la musculouse réduite à quelques bandelettes, pourquoi ne pas retenir d'autres points faibles, comme les orifices qui donnent passage aux vaisseaux ou les espaces qui logent les plexus nerveux, orifices et espaces richement capitonnés de graisse et qui s'agrandissent lors de l'amaigrissement d'un sujet obèse ?

Cette théorie a pourtant le défaut de ne pas expliquer la pathogénie du diverticule du bord libre du colon, opposé au méso.

De toute manière, on attribue la plus grande responsabilité à la perturbation de la fonction colique et aux troubles divers qu'elle entraîne, tels que constipation chronique, aérocolie, péristaltisme exagéré. Cette stase, ces fermentations créent une pression intracolique accrue qui sera pour une bonne part dans le mécanisme de la constitution du diverticule, qui donc se formera aux points les plus faibles.

Muqueuse, sous-muqueuse amincie, et muscularis mucosae, se pulseront au travers d'un orifice de la musculouse, et parfois même, se coifferont de quelques fibres de cette dernière : le diverticule est né.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Constipation, fermentation, et autres scybales vont transformer le diverticule en un organe rouge, succulent, sur un colon qui aura perdu de sa souplesse alentour.

Au cours de l'examen d'un colon pelvien, la présence de diverticule n'est pas toujours évidente :
soit qu'il est recouvert par une frange épiploïque,
soit qu'il ait pénétré celle-ci,
soit encore qu'il se noie dans le magma inflammatoire péricolique, dans les formes pseudo-tumorales.

A l'ouverture de la pièce de colectomie, il faut rechercher par la face muqueuse, l'antré diverticulaire. A ce niveau, la palpation et la pression font sourdre parfois liquide sanieux ou scybale.

Exceptionnellement uniques, les diverticules peuvent coexister à plusieurs dizaines et de préférence sur le sigmoïde.

CLINIQUE ET EVOLUTION

Il est classique de souligner la latence de la diverticulose.

En pratique, toutes les manifestations cliniques traduisent une complication.

Il faut distinguer :

I - les diverticulites aiguës

II - les diverticulites suraiguës

III - les diverticulites subaiguës et chroniques; qui possèdent en commun une triade de symptômes sans valeur absolue :

- douleur pelvienne gauche

- signes infectieux

- contracture ou défense de la fosse iliaque gauche et, en son absence, perception d'un colon iliaque gauche très sensible.

Laboratoire, radiologie, et surtout le toucher rectal et le toucher vaginal contribueront à préciser le syndrome clinique.

I - LES DIVERTICULITES AIGUES

La douleur est rapidement à son apogée. Elle siège au-dessous et en-dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; elle est plus ou moins haute dans le bassin. Elle irradie volontiers vers le pelvis, les organes génitaux, la cuisse gauche.

A la palpation on ne note pas de réaction pariétale au niveau de la fosse iliaque gauche. Ceci s'expliquerait soit par la position fréquente des diverticules du côté du mésocolon, soit par leur couverture par des franges épiploïques ou des adhérences constituées localisant la réaction péritonéale.

Le palper profond laisse percevoir parfois le "boudin sigmoïdien enflammé" que le toucher rectal précisera à côté d'un cul de sac de Douglas libre. Le toucher vaginal élimine une poussée annexielle chez la femme.

La température dépasse 38°, s'établissant plus ou moins rapidement.

La formule leucocytaire révèle une forte augmentation du nombre des globules blancs, avec polynucléose très nette à plus de 80 %.

Enfin le lavement baryté, sans insufflation révèle des images directes :

- la boule diverticulaire est devenue cupule irrégulière et dentelée;
- seul le canal diverticulaire est injecté et donne "l'image en flamèche"

- ou encore le diverticule se caractérise en une image cavitaire irrégulière, à distance de l'image colique; et des images indirectes
- irrégularité des bords sigmoïdiens, aspect déchiqueté, signes de compression dus à la sigmoïdite.

Le transit intestinal en effet est perturbé : constipation, ou plusieurs petites selles diarrhéiques avec parfois sang et mucus.

Sans traitement, ce transit perturbé se complique de météorisme abdominal, de ténésme, d'épreintes. Des nausées apparaissent et les signes infectieux peuvent s'exagérer, la douleur s'accroître, la tuméfaction pariétale apparaître, puis évoluer vers le bas et en dedans, ou vers le cul de sac de Douglas.

Les diagnostics d'appendicite pelvienne, ou bien, chez la femme d'annexite, seront à discuter.

Le toucher rectal et le toucher vaginal chercheront à définir et à préciser la présence et le siège d'un abcès pelvien toujours possible, qu'il s'agisse d'abcès iliaque ou d'abcès pelvien, voire plus rarement de phlegmons sous-péritonéaux.

Il sera nécessaire de surveiller leur évolution par la confrontation des signes cliniques, des oscillations de la courbe thermique, des variations de la leucocytose et de la polynucléose sanguines, afin de les draîner au moment opportun avant leur rupture le plus souvent profonde ou intravésicale.

Enfin il est utile de rappeler que si un appendice peut siéger à gauche, la symptomatologie d'une diverticulite aiguë peut être droite.

Nombre d'observations rapportent une incision de Mac Burney pour une douleur de la fosse iliaque droite qui en imposait pour une appendicite aigue : l'exploration ramène un coecum et un appendice libres et sains, et révèle une large boucle sigmoïdienne jouxtant la fosse iliaque droite par son flanc droit où siège une diverticulite aigue.

II - LES DIVERTICULITES SURAIGUES

Ce sont des formes heureusement rares et brutales que rien ne laissait habituellement prévoir.

La symptomatologie est celle d'une péritonite aiguë. Le plus souvent le diagnostic sera fait en cours d'intervention.

Le passé clinique du malade est parfois négatif, ou peut être, l'interrogatoire à posteriori, réussira-t-il à faire préciser quelques signes et que l'on trouve tout naturellement dans les formes subaiguës, chroniques pseudo-tumorales, où ils constituent le long cortège qui a troublé la santé du malade durant de longues années.

III - LES DIVERTICULITES SUBAIGUES ET CHRONIQUES

Parfois la diverticulose ne fait guère parler d'elle jusqu'au jour où surviennent, par accès, de petites flambées de diverticulite qui sont loin de s'accompagner des signes d'une crise aiguë.

L'état général du malade est à peu près conservé : état subfébrile, légère anorexie, parfois quelques nausées.

- La douleur de la fosse iliaque gauche est plutôt "gênante".
- La palpation révélera un sigmoïde plus ferme.
- La formule sanguine enfin montre une légère leucocytose au-dessous de 10.000.

La constipation est présente ou remplacée par des selles diarrhéiques, mêlées quelquefois de glaires et de sang.

Si l'on pense à pratiquer un examen radiologique, les diverticules apparaissent irrégulièrement injectés autour d'un sigmoïde en éléments de radiateur (Hillemand).

Le plus souvent ces épisodes, qui se renouvèlent à intervalles plus ou moins rapprochés, inquiètent peu le malade, ne sont pas suivis par le praticien. Leur répétition fera entrer le patient dans la phase chronique des diverticulites : la péricolite se constitue. Ces poussées inflammatoires s'accompagnent en effet de réaction de voisinage aboutissant à la

formation de micro-abcès mal collectés et vite noyés dans une masse de scléro-lipomatose.

En effet, selon Bensaude et Cain, deux types anatomiques caractérisent les lésions coliques : la forme tumorale due à la sclérolipomatose, et la forme occlusive due à l'hypertrophie fibreuse.

- La scléro-lipomatose est sous séreuse, se développe en une masse graisseuse plus ou moins dense, recouverte de franges épiploïques hypertrophiques. Elle couvre et donne passage aux diverticules dans son épaisseur. Musculeuse et muqueuse sont indemnes.

- L'hypertrophie fibreuse atteint la sous-muqueuse. Ici, si la face externe colique est peu modifiée, par contre la face interne révèle une tuméfaction irrégulière, rougeâtre, dense, masquant les orifices diverticulaires. La séreuse et la musculeuse sont peu modifiées. Sous-muqueuse et muqueuse devenues fibreuses, très denses, réalisent la tumeur sténosante.

Ces deux aspects anatomiques sont souvent associés en diverses proportions pour concrétiser les formes pseudo-tumorales des diverticulites (observation n° 2).

Des crises itératives subaiguës vont donc se succéder durant des années. Selon Santy, il pourrait même y avoir destruction du diverticule et cicatrisation au cours d'une poussée inflammatoire.

Peu à peu le colon s'empâte avec l'apparition de la scléro-lipomatose. La tuméfaction s'élargit et ne fait plus qu'une masse avec la paroi abdominale antérieure. De même, l'hypertrophie fibreuse limite de plus en plus la lumière intestinale et ces malades seront vus soit pour une crise dou-

loureuse particulièrement vive, plus importante que d'habitude, soit pour un état général déficient.

Le praticien sera toujours dans l'ignorance des antécédents, désagréablement impressionné par ce tableau tumoral colique, cet amaigrissement, ces signes occlusifs.

La radiographie prudente, lorsqu'elle sera possible et que la baryte franchira le rétrécissement, ce qui n'était pas le cas de notre deuxième observation, sera de peu de secours, les diverticules ne s'injectant plus, et la virole sigmoïdienne évoquant un aspect de malignité.

LE DIAGNOSTIC ET SES DIFFICULTES

I - La forme suraiguë pose généralement le problème d'un ventre chirurgical urgent. Le diagnostic ne sera possible qu'au cours de l'exploration peropératoire.

II - Le diagnostic de diverticulite aiguë est posé après avoir éliminé l'inflammation d'un diverticule de Meckel, d'une appendicite gauche, d'une annexite gauche chez la femme.

Si la perception d'un sigmoïde empâté est possible, elle peut aider à orienter ce diagnostic.

Le toucher (rectal et vaginal) permettra de préciser la topographie.

La leucocytose n'apprendra rien.

L'examen radiographique prudent, sans hyperpression du lavement, ni compression abdominale, sera d'un grand secours en montrant des diverticules déformés, en cupules, irréguliers, avec pour chacun un canal le reliant à la lumière intestinale, en flammèche.

Au stade de collection purulente, avec défense musculaire, contracture pariétale, touchers vaginal et rectal délimiteront une tuméfaction dure et douloureuse dans le cul de sac de Douglas. Les signes de la palpation ont

alors évolué à droite et vers le bas. La discussion se pose toujours avec l'annexite et l'appendicite pelvienne.

La précision de la douleur ayant franchement débuté à gauche, des petits signes intestinaux (petites selles, ténesme) pourront orienter vers la diverticulite. Enfin l'examen radiologique mené très prudemment ici encore, révélera la péricolite, avec les images décrites plus haut.

La leucocytose marquée n'a aucune valeur de différenciation étiologique.

III - Le diagnostic des formes subaiguës réalisant les aspects pseudo-tumoraux de l'affection, est presque uniquement axé sur l'élimination du cancer recto-sigmoïdien.

Certains ont cru voir des signes en faveur de l'une ou de l'autre hypothèse :

- notion de latence chez un porteur de diverticules,
- poussées fébriles et petites crises douloureuses cédant spontanément à un traitement anti-infectieux, avec colon gauche plus ou moins perceptible jusqu'à sensation d'une masse tumorale, seraient des éléments autorisant la discussion de la diverticulite.
- par contre, perte de poids sensible avant l'apparition des phénomènes douloureux ferait redouter la néoplasie.
- douleur, température avec leucocytose, palpation tumorale gauche peuvent aussi être attribuées à un cancer surinfecté.

Si l'examen radiologique se révèle possible, la mise en évidence de diverticules trancherait, selon nombre d'auteurs le problème. La coexistence d'un cancer serait une coïncidence.

Ici la rectoscopie qui pourrait être intéressante rencontre les pires difficultés et bute contre un obstacle infranchissable.

Lorsque la biopsie est possible, il n'est pas jusqu'à l'histologie qui ne puisse induire en erreur du fait du remaniement de type néoplasique d'une tumeur inflammatoire ancienne, ou encore, au cours, d'un cancer authentique, du fait d'un prélèvement insuffisant ou erroné, tant les conditions de ce prélèvement peuvent être difficiles et hasardeuses.

Enfin même "pièces en mains", ce diagnostic est des plus difficiles, soit que l'on parvienne à extraire une tumeur néoplasique d'aspect, qui s'avère histologiquement inflammatoire, soit la tâche, s'avérant trop dangereuse, oblige à une mise en dérivation en amont, et que l'évolution infirme cette impression de malignité. (Marcel ROUX, Jean HUREAU, A. GUERET, E. MARTIN), (Supplément de la "Presse Médicale" 3 juin 1961, 69, N° 27).

Cette étude de la pathologie diverticulaire sigmoïdienne nous a permis une compréhension meilleure de l'histoire clinique de Monsieur L... et de Monsieur P..., qui nous avait intéressé, et nous incite à conclure :

CONCLUSIONS

Nous rapportons deux observations de diverticulite recto-sigmoïdienne. Elles concrétisent les formes les plus intéressantes au point de vue thérapeutique, comme les plus opposées au point de vue clinique.

- Dans l'une, la diverticulite explose dans le fracas d'un syndrome perforatif, conséquence inéluctable d'un processus destructeur ulcéro-nécrotique.

- Dans l'autre, elle construit une tumeur pseudo-néoplasique, aboutissement normal d'un processus plastique lent et progressif.

- Le premier malade guérit après bien des traverses : obturation et drainage d'urgence, fistulisation le 5ème jour, occlusion du grêle le 50ème jour, cure de la fistule colique le 69ème jour.

- Le deuxième malade, rejeté tout d'abord de la chirurgie, guérit cependant au prix d'une libération longue, difficile, patiente et pleine de risques, suivie d'une résection recto-sigmoïdienne en un temps.

A la lumière de ces faits, nous pensons que la possibilité d'une diverticulite doit être toujours présente à l'esprit dans la discussion d'un diagnostic difficile en pathologie abdominale.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur Marcel ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ABOLKER P. Diverticules du gros intestin. E. M. C. estomac Intestin. - Fascicule 9075 B. Sept. 1938.
- 2 - ALBRIGHT H. L. et LEONARD F. C. Le traitement de la diverticulite du colon. Am. J. Surgeon. Déc. 1951. 82. n° 6. 674-682.
- 3 - AUBERTIN E. Les sigmoïdites. 381-394. J. MED. Bordeaux (136) 3 mars 1959.
- 4 - BACON H. E. et SHERMAN L. P. Conduite à tenir en cas de diverticulite du colon sigmoïde. Am. J. Surg. (Juil. 50) 80. N° 7 page 3.
- 5 - RADIA P. D. Diverticulose et diverticulite du colon. Relation d'un malade de 14 ans. Am. J. Surg. Mars 1945. 536-546.
- 6 - BARBCKKA C. J. Diverticulosis et diverticulitis. 278-285. Gastro-entérology 34. (2) Février 1958.
- 7 - BEARSE. Diverticulose du colon chez les jeunes gens. J. A. - M. A. Octobre 1946. 132. N° 7. 371-373.
- 8 - BELDING H. H. Diverticulite perforée aiguë di sigmoïde avec péritonite généralisée. Arch. SURG. Avril 57 74. N° 511-515.
- 9 - BENSAUDE, CAIN, HILLEMAND. Les diverticulites du gros intestin (Annales de médecine) t. 13. n° 5 et 6. Mai et juin 1923.
- 10 - BENSAUDE et HILLEMAND. Diverticules du sigmoïde, leurs manifestations cliniques, leur traitement. (Gazette médicale de France. 15 avril 1928).

- 11 - BERTRAND P., GIRARD M., AUPECLE, DALMAIS J. et GUILLAUD J. P. Sigmofidites diverticulaires et cancer associés - à propos de neuf observations. Arch. Mal. App. Dig. Avril 1955, 44 n° 4. 497-509.
- 12 - BEZZI F. Complications de la diverticulite. 6000-6100. Minerva chirurgica (Torino) Juin 1957.
- 13 - BOQUIEN Y. Sur quelques complications des diverticules du colon sigmoïde. Actz Gastro-Entér. Belg. nov. 1956, 19, n° 11, 735-743.
- 14 - BORRA, MOLERA F. Diverticulose et diverticulite. Rev. Esp. enferm. App. Dig. Mai 1958 (409-505).
- 15 - BRASSINE A., KEMPENEERS J. Quelques cas de perforation du colon, 529 - 533. Rev. Méd. Liège 13, 15 août 1958.
- 16 - BUCK R. L. Diverticulose. Diverticulite. Dis. Colon rect. Mai-Juin 1958.
- 17 - BUSSON A. et MORIN G. Les diverticulites aiguës du sigmoïde et du colon gauche. P. M. 25 Déc. 1955 63, n° 83. 1852-1854.
- 18 - BUZZI G. Syndrome occlusif dans une diverticulite sigmoïdienne. Annali di radiol. diag. (1949) 21 n° 4. 323.
- 19 - CELIO A. Pathologie de la diverticulite sténosante chronique du colon (dite tumorale). Helv. chir. acta, Mars 1952, 19 n° 1. 93-118.
- 20 - COLCOOCK B. P. et SASS R. E. Diverticule et cancer du colon, Diagnostic différentiel. SURG. Gyn. Obst. Nov. 1954, 99, 5. 627-634.
- 21 - COLCOOCK B. P. Traitement chirurgical de la diverticulite (Lahey clinic. bull.) Juin Sept. 1958 p. 28.
- 22 - COLCOOCK B. P. Traitement chirurgical des complications des diverticulites 570-573 J. M. 259 (2) 18 sept. 58.
- 23 - CRUVEILHIER Traité d'anatomie pathologique. Baillière et fils. Paris 1849. pages 593 et 594.
- 24 - DARMAILLACQ R. Trois ans de complications aiguës de diverticulite du gros intestin. Arch. mal. app. dig. Juillet-Août 1953. 42 n° 7 et 8. 1010-1021.

- 25 - DELORD P. Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficultés de la décision thérapeutique. Arc. mal. app. dig. Janvier 1954, 43 n° 1 75-81.
- 26 - DUBARRY J. et DUBARRY E. Diverticules coliques, Cancers et faux cancers. Arch. mal. Dig. Déc. 1951, 40 n° 12 1437-1440.
- 27 - FAGIN I.D. La diverticulose du colon sans complication provoque-t-elle des symptômes ? Am. J. Dig. Nov. 1955, 22 n° 11 316-317.
- 28 - FINSTERER Etrangement d'un diverticule de GRASER du colon sigmoïde. Méd. Klin. T. XXI n° 49 4 déc. 1925.
- 29 - FOURNIER H. Diverticules du colon. Rev. du praticien, 2653-2654, 11 Sept. 1957.
- 30 - GIARDINA D.D. et RICHMAN S. Diverticulite du colon descendant diagnostiquée à tort pour un cancer. Gastro-entérology Juillet 1954 27 n° 1 75-80.
- 31 - GOUVERNEUR, SOUPAULT, LATIFI. Les fistyles colovésicales d'origine diverticulaire, Journal de Chir. Paris 1938.
- 32 - GRASER, LIEBER. Darmdivertikel chir. Kongrès 1896.
- 33 - GROSCH G. Diverticulose et diverticulite du colon, Münch Méd. 20 mai 1955 n° 20, 664-665.
- 34 - GUILLAUD J.P. Sigmoïdite diverticulaire et cancer associé. Thèse Lyon 18 Fév. 1955 n° 91 72 pages.
- 35 - HORNER J.L. Etude de la diverticulite du colon au cabinet du médecin. Gastr.-entérology Juin 1952, 21 n° 223-229.
- 36 - JOYEUX R. Considération sur l'association du cancer du colon gauche, cancer de l'ovaire à propos d'observation de diverticulite colique. P.M. 25 Mars 1953, 61 n° 21 452-454.
- 37 - JUDD Es. et SMITH M. P. Tendances actuelles dans le traitement de la diverticulite p. 1019 à 1027, Surg. clin. N. AMERICA. 37 (4) Août 1957.
- 38 - KOHAN S. Diverticulite du sigmoïde - Forme pseudo-tumorale 22 Déc. 1938.

- 39 - LARDENOIS Congrès de Chirurgie du CAIRE (Thèse de P. P. PRAT).
- 40 - LECENE et LEMIERRE Occlusions intestinales précoces dans deux cas de colite ulcéreuse (Annales de médecine Nov. 1922).
- 41 - LYALL, Abscès aigu du muscle psoas causé par une diverticulite, The British Journ. of Surgery, Bristol vol. 24, n° 93 Juil. 1936.
- 42 - MAC DONALD Sigmofidite aiguë, perforation, péritonite aiguë généralisée à la suite d'un lavement. (The medic. Journ. of Australia 9 juin 1923).
- 43 - MAC GREGOR R. A. et BACON H. E. Diverticulites du colon, pages 197-204, Dis. Colon. Rectum, I (3) Mai-Juin 1958.
- 44 - MACQUET M. et DELANOY E. Les fistules entéro-vésicales par sigmoïdite, p. 101-105, Acta urol. Belg. Avril 1958.
- 45 - MAINGOT, SARASIN et DUCLOS Diverticulose et diverticulite du colon, N° 212, Oct. 1934.
- 46 - MARCHAIS J. P. Etude clinique de six cas de sigmoïdite hémorragique d'origine diverticulaire, Thèse Paris Mars 1953.
- 47 - MONDOR et PORCHER Radiologie des péritonites par perforations, Journal de chir. n° 7 Janv. 1933 pages 20-45.
- 48 - MONDOR Traité des diagnostics urgents 1949.
- 49 - MAY L. E. Un nouveau traitement de la diverticulite. (300 cas) p. 1814 - 1817, J. Am. Geriat. An. 6 nov. 1958.
- 50 - MAYO C. W. et CULLEN P. K. Jr. Diverticulose et diverticulite du colon, N. Y. State J. M. 1er juin 1959.
- 51 - NICOLAYSEN N. A. Les diverticulites coliques et leurs complications, Nord Medecin 19. 1950 n° 20842.
- 52 - OBERKELMAN H. A. Sources d'erreurs dans le traitement de la diverticulose sigmoïdienne, P. 257 - 266 Surg. Clin. N. A. Feb. 1958.
- 53 - O'BRIEN S. E. et MUSTARD K. I. Traitement de la diverticulite sigmoïdienne, p. 256-261, Canada Méd. An. J. 80 (4) 15 Feb. 1959.

- 54 - ORAISON Cellulite périviscérale d'origine sigmoïdienne. Soc. Franc. d'urologie du S.O. Bordeaux, Janv. 1958.
- 55 - PATEL Diverticule perforé de l'S iliaque ayant déterminé une péritonite généralisée. Lyon Chir. 1922 p. 218.
- 56 - PAUCHET Sigmoïdite perforée. Revue de chir. ABD. et gynéc. 1 déc. 1911.
- 57 - PAUCHET Les diverticules. Jour. M. de Paris 1927.
- 58 - PAUCHET Les diverticules du colon. Congrès de chir. Paris 1929.
- 59 - PAYNE B.C. et BEATTY J. Etude de la diverticulite sur période de 10 dix ans. J. Michigan Méd. Soc. Mars 1959.
- 60 - PRAT P.P. Traitement chirurgical des diverticulites sigmoïdiennes 1951.
- 61 - QUERVAIN (de) Diagnostic et traitement chirurgical de la diverticulite du gros intestin - (arch. franco belge de chir. 1925. XXVIII p. 185 - 192).
- 62 - ROUX J.C. Diarrhée chronique dans la diverticulite. Soc. de Gastro-entérol. de Paris 9 Nov. 1936.
- 63 - ROUX M. et LENOEL J. Les perforations du colon sigmoïde en péritoine libre. A propos d'une observation suivie de guérison. Contribution à l'étude de la valeur du traitement sulfamidé en chirurgie colique. Journal de Chirurgie 1944 Tome LX n° 1 - 4 p. 21 - 31.
- 64 - ROUX M. HUREAU J. GUERET A. MARTIN E. Une observation de diverticulite sigmoïdienne. Supplément P.M. 3 juin 1961. 69. n° 27.
- 65 - SANTY Sigmoïde diverticulaire à forme tumorale. Soc. de chir. de Lyon. 21 déc. 1933.
- 66 - SHLICHE C.P. et LOGAN A.H. Traitement chirurgical de la diverticulite du colon. p. 1019-1024 J. Am. M. Ass. 7 mars 1959.
- 67 - SHANN H. Traitement chirurgical d'une occlusion aiguë diverticulite. p. 196-197 Amer. surgeon 24 (é) Feb. 1958.

- 68 - SCHLOTTHAUER L. Diverticulose familiale du colon. An. Surg. Sept. 1946. 124 n° 3 497 - 502
- 69 - STRENGER G. Résection élective dans la diverticulite. p. 577 - 583. Am. J. Surg. Oct. 1957.
- 70 - STEWART J. W. Diverticulite du colon sigmoïde avec perforation. Surg. Clin. North-Amér. Oct. 1950 30 n° 5 1491 - 1505.
- 71 - SUTGES Diverticulite du sigmoïde. Traitement chirurgical et ses complications. Rev. Esp. De las Enferm. app. dig. nut. (juillet-Août 1956) 15 n° 4 p. 701.
- 72 - TELLING M. Diverticules acquis de l'anse sigmoïde. Lancet 1908 p. 565.
- 73 - VAGUE J. Etiologie et pathologie, pathogénie des diverticules coliques. Arc. mal. app. dig. Déc. 1951. 40 n° 12 1387 - 1398.
- 74 - VERNE J. Précis d'Histologie. Masson 1960.
- 75 - VERNES J. M. A propos des ulcères du colon. Académie de Chirurgie, 21 février 1962. Discussion ROUX Marcel.
- 76 - VERNEJOUL R. (de) Diverticulite pseudo-néoplasique du sigmoïde perforée dans la vessie. (Arch. mal. app. dig. Déc. 1951 40 n° 12 p. 1443 - 1444).
- 77 - WAKEFIELD E. G. et TURNBULL R. B. Jr. Traitement médical et chirurgical de la diverticulite. p. 655 - 660. Postgrad med. June 1958.
- 78 - WAUGH J. M. et WALT A. J. Résection en un temps pour diverticulite sigmoïdienne. Surg. clin. N. Amer. Oct. 1959.
- 79 - WETHERELL Le diagnostic et le traitement de la diverticulose et de la diverticulite du colon pelvien chez la femme. (Am. Jour. Of Obs. and Gynéc. St-Louis. vol. 35 n° 3 Mars 1958).
- 80 - WELCH C. H. Diverticulite du colon. Am. Gastro-entér. 29 (4) p. 374 - 384 April 1958.
- 81 - WIGH R. et SWENSON P. C. Aspects radiologiques de la diverticulite et de ses complications. Am. J. Surgeon. Nov. 1951. 82. n° 5 p. 587 - 590.



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS-V.**

Téléphone : ODÉon 58-90